



Comparison of Psychological Turmoil, Life Orientation, Difficulty in Regulating Emotion and Emotional Schemas in Mothers of Mentally Retarded and Normal Children

Safura Keyvanlo¹, Behzad Malehmir^{2*}, Mona Sadri³, Zohreh Rafiei Rad⁴,
Mohammad Narimani⁵, Zahra Zavarei⁶

1- Ph.D Candidate in Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

2- Msc of Clinical Psychology, Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.

3. Msc of General Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

4- Ph.D Candidate in Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

5- Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.

6- Bsc in General Psychology, Department of Psychology, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran.

Corresponding Author: Behzad Malehmir, Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.

Email: behzadpsycho4@gmail.com

Received: 18 March 2022

Accepted: 16 Sep 2022

Abstract

Introduction: Due to the profound impact of mentally retarded children on the lives of family members, especially mothers, and the lack of research in this area, the aim of this study was to compare psychological disturbance, life orientation, difficulty in regulating emotion and emotional schemas in mothers of mentally retarded children and Sabzevar is a normal city.

Methods: The method of this causal-comparative study and the statistical population includes all mothers of normal and mentally retarded children who were referred to rehabilitation centers and clinics in Sabzevar between January and February 2017. The sample size included 50 mothers of mentally retarded children and 50 mothers of healthy children who were selected by multi-stage cluster random sampling. Research tools include the Loybond (1997) Depression, Anxiety, and Stress Scale, Chang (1997) Extensive Life Orientation Questionnaire, Leak Emotion Difficulty Regulation (2004), and Leahy (2002) Emotional Schemas. The data were analyzed by multivariate analysis of variance using SPSS 24 statistical software.

Results: The results showed that between consistent emotional schemas ($p < 0.003$) and maladaptive ($p < 0.001$), emotion regulation difficulty ($p < 0.003$), life orientation ($p < 0.003$), and Psychological disorder ($p < 0.003$) There is a significant difference between mothers of mentally retarded and normal children.

Conclusions: Based on the findings of the study, it can be said that mothers of mentally retarded children due to psychological, emotional, and social vulnerability have compatible emotional schemas and low life orientation and maladaptive emotional schemas, difficulty in regulating emotion, and more psychological turmoil that needs to be applied. Appropriate psychological therapies addressed these problems.

Keywords: Psychological disorder, Life orientation, Difficulty regulating emotion, Emotional schemas, Mental retardation.



مقایسه آشفته‌گی روان‌شناختی، جهت‌گیری زندگی، دشواری تنظیم هیجان و طرح‌واره‌های هیجانی، در مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی

صفورا کیوانلو^۱، بهزاد ماله‌میر^{۲*}، مونا صدیقی^۳، زهره رفیعی‌راد^۴، محمد نریمانی^۵، زهرا زواره‌ای^۶

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲- کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳- کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۴- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۵- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۶- کارشناسی روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران.

نویسنده مسئول: بهزاد ماله‌میر، کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
ایمیل: behzadpsycho4@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۶/۲۵

چکیده

مقدمه: با توجه به تاثیر ژرف کودکان کم‌توان ذهنی بر حیات اعضای خانواده به خصوص مادران و وجود پژوهش‌های کم در این حیطه، هدف این مطالعه مقایسه آشفته‌گی روان‌شناختی، جهت‌گیری زندگی، دشواری تنظیم هیجان و طرح‌واره‌های هیجانی، در مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی شهر سبزوار می‌باشد.

روش کار: روش پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری شامل همه مادران کودکان عادی و کم‌توان ذهنی که در فاصله دو ماه دی و بهمن ۱۴۰۰ به مراکز توانبخشی، کلینیک‌ها سطح شهر سبزوار مراجعه کردند، می‌باشد. حجم نمونه شامل ۵۰ مادر کودک کم‌توان ذهنی و ۵۰ مادر کودک سالم که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایونوند (۱۹۹۷)، پرسشنامه جهت‌گیری زندگی مبسوط چانگ (۱۹۹۷)، دشواری‌های تنظیم هیجان درز (۲۰۰۴) و طرح‌واره‌های هیجانی لیپه‌ی (۲۰۰۲) است. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس چندمتغیری توسط نرم‌افزار آماری SPSS ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین طرح‌واره‌های هیجانی سازگار ($p < 0/003$) و ناسازگار ($p < 0/001$)، دشواری تنظیم هیجان ($p < 0/003$)، جهت‌گیری زندگی ($p < 0/003$) و آشفته‌گی روان‌شناختی ($p < 0/003$) در بین مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی تفاوت معنادار وجود دارد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که مادران کودکان کم‌توان ذهنی بخاطر آسیب‌پذیری روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی دارای طرح‌واره‌های هیجانی سازگار و جهت‌گیری زندگی پایین و طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگار، دشواری تنظیم هیجان و آشفته‌گی روان‌شناختی بیشتری هستند که نیاز است با بکارگیری درمان‌های روان‌شناختی مناسب، نسبت به رفع این مشکلات اقدام نمود.

کلیدواژه‌ها: آشفته‌گی روان‌شناختی، جهت‌گیری زندگی، دشواری تنظیم هیجان، طرح‌واره‌های هیجانی، کم‌توانی ذهنی.

خانواده نظامی پویا است که افرادی با احساس تعلق و هویت منحصر به فرد برای ایجاد یک محیط امن آن را تشکیل داده اند. این نظام، افراد را از لحاظ اجتماعی و اقتصادی حمایت می کند و حتی وجود یک اختلال در خانواده عملکرد خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد (۱). شواهد پژوهشی بسیاری وجود دارد که نشان می دهند حوادث نامطبوع زندگی قادرند بهزیستی روان شناختی افراد را تحت تأثیر قرار دهند و به ایجاد مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب منجر شوند. بر این اساس داشتن فرزند کم توان ذهنی، که ماهیتی تقریباً ثابت و تنش زا دارد، می تواند با ایجاد تنیدگی به کاهش بهزیستی روان شناختی منتهی شود (۲). ناتوانی عقلانی، اختلالی است که در طول رشد شروع می شود و کمبودهایی را در کارکرد عقلانی مانند استدلال، حل مسئله، برنامه ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت و یادگیری تحصیلی و کمبود در عملکرد انطباقی ایجاد می نماید که به ناتوانی در برآورده ساختن معیارهای رشدی و اجتماعی برای استقلال شخصی و مسئولیت اجتماعی منجر می شود (۳). علاوه بر شیوع بالای این مسأله، ناتوانی فرزندان تبعات و پیامدهای زیادی نیز به همراه دارد؛ چراکه تولد یک فرزند ناتوان می تواند بسیاری برنامه های والدین را برهم زند و اثرات و پیامدهای نامطلوبی از جمله تشویش، نگرانی و اضطراب والدین را در پی داشته باشد (۴). به خصوص مادران این کودکان در معرض افزایش سطوح آشفتگی روان شناختی قرار دارند چراکه به طور مداوم بارسنگین داشتن یک کودک ناتوان را تحمل کرده و تنش بیشتری را در مراقبت از کودک تجربه می کنند. چنین افرادی اغلب در ادامه این مسیر دچار افسردگی، اضطراب و مشکلات سلامتی می شوند. همچنین تقاضاها و وابستگی های طولانی مدت کودک برای مراقبت ویژه نیز موجب تشدید این تنش می گردد (۵). بنابراین نحوه ی برخورد مادران کودکان کم توان ذهنی با تنش ها امری مهم تلقی شده و دو بعد خوشبینی و بدبینی مفهوم پیدا می کند که از ابعاد جهت گیری زندگی می باشند.

از آنجا که برطرف کردن نیاز فرزند کم توان مستلزم صرف زمان، انرژی، پول و هیجان بیشتری از سوی والدین است، ممکن است در والدین این جهت گیری فکری به وجود آید که آن ها توانایی و کفایت لازم را برای برطرف کردن نیازهای کودکان ندارند (۶) زیرا کودکان مبتلا به اختلالات

عصبی- رشدی، مانند مبتلایان به ADHD، اختلالات طیف اوتیسم و ناتوانی ذهنی، مشکلات متعددی دارند که فشار بسیاری بر خانواده هایشان تحمیل می کنند (۷). توجه و تمرکز بر هیجان ها در موقعیت های استرس زا، افراد را قانع می سازد که با افزایش توجه متمرکز بر خود، تسلط بر موقعیت و هیجانانشان را افزایش دهند (۸). در واقع تنظیم هیجان همه راهبردهای آگاهانه و غیر آگاهانه را شامل می شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه های رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می شود، به همین علت تنظیم هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می دهد و تعجب آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود (۹).

Sumit و همکاران در پژوهش خود نشان داده اند که مادران دارای فرزند کم توان ذهنی، در مقایسه با مادران کودکان عادی، سطح سلامت عمومی پایین تر و اضطراب بیشتری داشته اند (۱۰). بنابراین تنظیم هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است و نقص در آن با اختلالات درون ریز و برون ریز ارتباط دارد (۹). در واقع دشواری در تنظیم هیجان، به عنوان روش های ناسازگارانه پاسخ به هیجانات تعریف شده است که شامل پاسخ های نشان دهنده ی عدم پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها، پریشانی هیجانی و نقص در استفاده عملکردی درست از هیجانات است (۱۱).

طرحواره های هیجانی مورد بعدی مورد بررسی در این پژوهش می باشد که به عنوان طرح ها و راهبردهایی یاد می شود که در پاسخ به هیجان ها به کار می روند و شامل باورهایی در رابطه با منشأ هیجان، تفاوتها، طول دوره، جهان شمولی، گناه، کنترل نکردن خطر، درک و فهم، نیاز به منطقی بودن و قانونی بودن می باشند (۱۲). در عصر حاضر مشکلات ناشی از بیماری ها و معلولیت ها از جمله کم توانی ذهنی از حادترین مسائل جوامع بشری است (۱۳). تولد نوزادی با این ویژگی ها می تواند خانواده را به عنوان یک نهاد اجتماعی به شیوه های مختلف تغییر دهد و منبع فشار روانی برای خانواده ها به خصوص مادران باشد (۱۴). این استرس منجر به افت خوشبینی در مادران گشته و سلامت روان شناختی آنان را تهدید می نماید (۷). بنابراین شناخت مسائل و مشکلات والدین کودکان کم توان ذهنی به خصوص مادران امری مهم می باشد. در این جهت هدف

ما در این پژوهش مقایسه طرحواره‌های هیجانی، دشواری تنظیم هیجان، جهت‌گیری زندگی و آشفته‌گی روان‌شناختی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی می‌باشد.

روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی، از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه مادران دارای کودک عادی و کم‌توان ذهنی می‌باشد که در طی فاصله زمانی دو ماهه دی و بهمن سال ۱۴۰۰ به مراکز توانبخشی و کلینیک‌های خصوصی در سطح شهر سبزوار مراجعه کردند، که از این تعداد ۵۰ نفر مادر دارای حداقل یک کودک کم‌توان ذهنی به صورت روش نمونه‌گیری در دسترس از بین مراجعه‌کنندگان انتخاب شدند. همچنین انتخاب و نمونه‌گیری مادران کودکان سالم از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، از بین همه مهدهای کودک سطح شهر، چهار آموزشگاه انتخاب شده و پرسشنامه به‌صورت تصادفی در اختیار مادران کودکانی که در این مهدها بودند قرار گرفت. جهت بررسی هماتا بودن و مشابه بودن توصیفات جمعیت‌شناختی دو گروه مادران از آزمون خی دو استفاده شد و ۵۰ نفر از مادران کودکان عادی و دارای فرزند کم‌توان ذهنی مورد بررسی قرار گرفت و به عنوان نمونه انتخاب گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: (۱) داشتن حداقل یک فرزند مبتلا به اختلال کم‌توان ذهنی برای گروه مادران کودکان کم‌توان ذهنی بر طبق ملاک‌های تشخیصی راهنمای آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا؛ (۲) رضایت و موافقت برای حضور در پژوهش؛ (۳) حداقل سواد سیکل؛ (۴) محدوده سنی مادران بین ۲۰-۵۰ سال؛ (۵) عدم سوء مصرف مواد مخدر و الکل؛ (۶) فقدان اختلال روانی شدید؛ (۷) اختلال شخصیت و مشکل هوشی بر اساس مصاحبه بالینی و (۸) عدم استفاده از هر گونه داروی روانی و آرام‌بخش به صورت مداوم است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس چندمتغیره) استفاده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند و لایبوند تهیه گردید (۱۵). این مقیاس، یک مقیاس خود گزارشی می‌باشد که هر یک از علائم افسردگی، اضطراب و استرس را مورد بررسی و ارزیابی قرار

می‌دهد. این مقیاس دارای دو فرم است. فرم کوتاه آن دارای ۲۱ عبارت می‌باشد که هر یک از سه سازه روانی را توسط ۷ عبارت می‌سنجد. آزمودنی‌ها می‌بایست به هر یک از عبارات در یک طیف چهار گزینه‌ای (اصلاً تا خیلی زیاد) با نمره‌گذاری ۰ برای گزینه اصلاً و ۳ برای گزینه خیلی زیاد جواب دهند. سوالات ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۱ برای خرده مقیاس افسردگی، سوالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹، ۲۰ برای اضطراب و سوالات ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸ برای استرس تعیین شدند. علاوه بر این در این پرسشنامه همه سوالات به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌گردد. نمره بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده اضطراب، افسردگی و استرس بالاتر در آزمودنی می‌باشد. هنری و کراورد در سال ۲۰۰۵ با استفاده از یک نمونه ۱۷۹۴ انگلستان، پایایی کل این مقیاس را به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و برای سه مقیاس افسردگی ۰/۸۸، اضطراب ۰/۸۲ و استرس ۰/۹۰ محاسبه گردید (۱۶). در پژوهش آتونوی و همکاران در سال ۲۰۰۶ ضریب آلفا برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ و همبستگی بین افسردگی و استرس ۰/۴۸، اضطراب و استرس ۰/۵۳ و اضطراب و افسردگی ۰/۲۸ بدست آمد (۱۷). سامانی و جوکار در سال ۱۳۸۶ ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را در ایران مورد بررسی قرار دادند (۱۸). در مطالعه‌ای اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ برای این سه مقیاس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ را گزارش شد (۱۹). پرسشنامه جهت‌گیری زندگی مسووط چانگ و همکاران (ELOT-P)، چانگ و همکارانش در سال ۱۹۹۷ پرسشنامه جهت‌گیری زندگی اسپچیر و کارور (۱۹۸۵) یا LOT یا life Orientation test) را با پرسشنامه مقیاس خوش‌بینی و بدبینی دمپر (۱۹۸۹) یا OPS (Optimism and pessimism) را تهیه و روایی و پایایی و ساختار عاملی آن را بررسی نمودند (۲۰، ۲۱، ۲۲). در این پژوهش با استفاده از یک نمونه ۳۸۹ نفری از دانشجویان دانشگاه نمایان شد که مدل دو عاملی (یک عامل برای خوش‌بینی و دیگری برای بدبینی) مناسب‌تر از مدل یک عاملی برای LOT است. در پژوهش رضایی همبستگی بین عامل‌ها ۰/۵۴- و ضریب پایایی آلفا برای مقیاس‌های خوش‌بینی و بدبینی به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۹ محاسبه شد. این پرسشنامه شامل ۱۵ سؤال در دو مؤلفه (خوش‌بینی و بدبینی) می‌باشند. در این پرسشنامه سؤال‌ها بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرتی از کاملاً مخالفم

صفورا کیوانلو و همکاران

و به منظور شفاف‌سازی باورها و راهبردهای افراد در مقابل هیجانات و طرحواره‌های هیجانی آن‌ها معرفی شده است. در این مقیاس افراد دیدگاه خود را درباره ۵۰ عبارت و در یک مقیاس ۶ گزینه‌ای بین ۱ (کاملاً نادرست) تا ۶ (کاملاً درست) ابراز می‌دارند. اعتباربخشی هیجانی، درک هیجانی، احساس گناه، ساده‌انگاری هیجانی، پیگیری ارزش‌های بالاتر، کنترل بی‌حسی هیجانی، نیاز به منطق‌گرایی، تداوم هیجانی، همگانی بودن هیجانات، پذیرش هیجانات، نشخوار ذهنی، ابراز هیجانی و سرزنش دیگران، طرحواره‌های هیجانی مورد ارزیابی در این مقیاس می‌باشد. هر یک از این ابعاد بین ۲ تا ۷ عبارت را در خود گنجانده است. سؤالات ۱۶، ۴۹، ۵، ۱۰، ۳۳، ۴۵، ۲۵، ۷، ۲۷، ۴۴، ۳۹، ۳، ۱۹، ۲، ۱۲، ۲۰، ۵۰، ۹، ۲۸، ۱، ۳۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. از آن جا که برخی از ابعاد طرحواره‌های ناسازگار و برخی طرحواره‌های سازگار را می‌سنجد لذا نمره کلی وجود ندارد و نمرات هر بعد جداگانه محاسبه می‌شود (۲۷). در مطالعه‌ای که بر روی ۱۲۸۶ شرکت‌کننده بر روی فرم اصلی این مقیاس انجام شد، همسانی درونی بالایی به میزان ۰/۸۰ گزارش شده است (۲۸). همچنین در مطالعه‌ای دیگر آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ و ضریب اعتبار و نیمه آن برابر با ۰/۷۰ گزارش شده است (۲۹). خانزاده و همکاران در سال ۱۳۹۲ همبستگی هر گویه را با نمره کل زیر مقیاس مربوط به آن بین ۰/۵۲ تا ۰/۹۲ و همبستگی هر گویه با نمره کل مقیاس را بین ۰/۱۲ تا ۰/۵۲ به دست آورده‌اند. پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته باری کل مقیاس ۰/۷۸ و برای زیر مقیاس‌ها در دامنه بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ است (۳۰).

همچنین، از پرسشنامه جمعیت‌شناختی (ضمیمه شده به پرسشنامه‌ها) جهت سنجش متغیرهای جمعیت‌شناختی نظیر سن مادر و کودک، میزان تحصیلات مادر، جنسیت کودک، شدت نارسایی (هوشبر) و میزان درآمد شرکت‌کنندگان، تنها در مرحله پیش‌آزمون، استفاده گردید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۰۰ مادر در دو گروه مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی (۵۰ نفر) و مادران کودکان عادی در بازه سنی ۲۵ تا ۵۲ سال قرار داشتند. در جدول ۱، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک گروه مادران گزارش گردید است. بر اساس نتایج آزمون خی دو، چون مقدار سطح معنی داری جمعیت‌شناختی

(۱) تا کاملاً موافقم (۵) درجه‌بندی شد. سؤالات ۱ تا ۹ برای بعد بدبینی و سؤالات ۱۰ تا ۱۵ برای بعد خوش‌بینی در نظر گرفته شد. هنجاریابی این مقیاس در ایران توسط رضائی در سال ۱۳۹۳ صورت گرفت که بر اساس آن تعداد سؤالات از ۱۵ سؤال به ۱۳ سؤال کاهش یافت و ۲ سؤال به دلیل بار عاملی کمتر از ۰/۳۰ از پرسشنامه حذف گردید. همانند خرده مقیاس‌های نسخه اصلی، این عوامل بدبینی و خوش‌بینی نامگذاری شدند. ضریب پایایی آلفا برای ۸ سؤال مقیاس بدبینی برابر ۰/۸۳ و همچنین برای ۵ سؤال مقیاس خوش‌بینی برابر ۰/۷۱ گزارش شد. نتایج نشان دادند که سؤالات مقیاس‌های پرسشنامه از نظر همسانی درونی در سطح قابل قبول است (۲۳).

پرسشنامه دشواری‌های تنظیم هیجان (DERS)، مقیاس دشواری تنظیم هیجان گرتز و رومر (۲۰۰۴) یک ابزار ۳۶ گویه‌ای است که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در شش زمینه به شرح زیر می‌سنجد: عدم‌پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی. از مجموع نمره شش زیر مقیاس آزمون، نمره کل فرد برای دشواری تنظیم هیجان محاسبه می‌شود. نمره بیشتر در هر یک از زیر مقیاس‌ها و کل مقیاس، نشانه دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. سؤالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۳۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود (۱۱). بشارت در سال ۱۳۹۷ پایایی فرم خارجی این پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۸۰ تا ۰/۸۹ گزارش کرده است (۲۴). همچنین پایایی کل مقیاس به شیوه آزمون - بازآزمون ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۵۷ تا ۰/۸۹ محاسبه گردیده است (۲۵). بشارت و بزازیان در پژوهشی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در نمونه‌های بالینی (n=۱۸۷) و غیربالینی (n=۷۶۳)، از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹، مورد تأیید قرار دادند. این ضرایب، همسانی درونی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان را تأیید می‌کنند (۲۶).

پرسشنامه طرحواره درمانی هیجانی لیهی (LESS)، مقیاس طرحواره درمانی هیجانی لیهی، توسط لیهی در سال ۲۰۰۲

مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و عادی مشابه یکدیگر می‌باشد (جدول ۱).

بین دو گروه مادران بیشتر از ۰/۰۵ است لذا مقادیر جمعیت شناختی دو گروه مادران تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارد و می‌توان بیان ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در دو گروه

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی در دو گروه مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی و عادی

| میزان خی دو | مقدار p | گروه مادران دارای کودکان عادی | | گروه مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی | | جمعیت‌شناختی | |
|-------------|---------|-------------------------------|-------|---------------------------------------|-------|-----------------|---------|
| | | درصد | تعداد | درصد | تعداد | | |
| ۰/۸۷۹ | ۰/۲۷ | ۲۸ | ۱۴ | ۳۰ | ۱۵ | زیر ۳۰ سال | سن |
| | | ۵۸ | ۲۹ | ۶۰ | ۳۰ | ۳۰ تا ۴۰ سال | |
| | | ۱۴ | ۷ | ۱۰ | ۵ | ۴۰ سال و بالاتر | |
| | | ۶ | ۳ | ۸ | ۴ | زیر دیپلم | |
| ۰/۵۸ | ۰/۷۵۹ | ۱۰ | ۵ | ۱۰ | ۵ | دیپلم | تحصیلات |
| | | ۶۴ | ۳۲ | ۶۸ | ۳۴ | لیسانس | |
| | | ۱۸ | ۹ | ۱۴ | ۷ | فوق لیسانس | |
| | | ۲ | ۱ | ۰ | ۰ | دکتری | |
| ۰/۴۱ | ۰/۸۱۲ | ۴۸ | ۲۴ | ۵۲ | ۲۶ | ۵ سال | سن کودک |
| | | ۴۴ | ۲۲ | ۳۸ | ۱۹ | ۶ تا ۱۰ سال | |
| | | ۸ | ۴ | ۱۰ | ۵ | ۱۱ تا ۱۵ سال | |

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای طرحواره‌های هیجانی سازگار و ناسازگار، آشفتگی روان‌شناختی، دشواری تنظیم هیجان و جهت‌گیری زندگی

| مادران کودکان عادی | | مادران کودکان کم‌توان ذهنی | | متغیرها |
|--------------------|-------|----------------------------|--------|-------------------------|
| S | M | S | M | |
| ۹/۲۱ | ۹۹/۲۰ | ۹/۱۳ | ۷۹/۸۹ | طرحواره هیجانی سازگار |
| ۷/۵۴ | ۸۹/۴۲ | ۱۴/۲۱ | ۱۹۸/۹۴ | طرحواره هیجانی ناسازگار |
| ۲/۶۱ | ۱۵/۸۰ | ۵/۲۲ | ۳۸/۷۴ | آشفتگی روان‌شناختی |
| ۱۶/۰۷ | ۵۹/۴۴ | ۹/۶۶ | ۱۱۷/۹۶ | دشواری تنظیم هیجان |
| ۳/۶۷ | ۴۲/۳۲ | ۵/۱۳ | ۱۸/۶۸ | جهت‌گیری زندگی |

به مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی بیشتر و نمره میانگین طرحواره هیجانی ناسازگار، آشفتگی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان در مادران دارای کودکان عادی نسبت به مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی کمتر می‌باشد. البته معناداری این تفاوتها نیاز به تحلیل آماری استنباطی دارد که در ادامه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

در جدول ۲ آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات متغیرهای طرحواره‌های هیجانی سازگار و ناسازگار، آشفتگی روان‌شناختی، دشواری تنظیم هیجان و جهت‌گیری زندگی در دو گروه مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی ارائه گردیده است. با توجه به نتایج بدست آمده نمره میانگین طرحواره هیجانی سازگاری و جهت‌گیری زندگی در مادران دارای کودکان عادی نسبت

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره جهت مقایسه طرحواره‌های هیجانی سازگار و ناسازگار، آشفتگی‌های روان‌شناختی، دشواری تنظیم هیجان و جهت‌گیری زندگی در گروه مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی

| شاخص | ارزش | F مقدار | فرض Df | خطا Df | سطح معنادار |
|--------------------|-------|---------|--------|--------|-------------|
| اثر پیلایی | ۰/۹۶ | ۸۹/۴۴ | ۴ | ۹۵ | ۰/۰۰۱ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۳۹ | ۱۷۰/۵۳ | ۴ | ۹۵ | |
| اثر هتلینگ | ۵/۸۱ | ۷۳/۰۴ | ۴ | ۹۵ | |
| بزرگ‌ترین ریشه روی | ۱۷/۸۵ | ۹۵/۵۱ | ۴ | ۹۵ | |

صفورا کیوانلو و همکاران

و این بدان معناست که ما شاهد برابری ماتریس های کواریانس مشاهده شده متغیرهای طرحواره های هیجانی سازگار و ناسازگار، آشفتگی های روان شناختی، دشواری تنظیم هیجان و جهت گیری زندگی در بین دو گروه مادران هستیم. نتایج آزمون لوین نشان داد که واریانس های دو گروه گروه مادران دارای کودکان کم توان ذهنی و مادران دارای کودکان عادی در سطح جامعه با هم برابر می باشند ($P < 0.05$). سطوح معناداری آزمون ها ($P < 0.001$) و $F = 89/44$ و $F = 0/96$ اثر پیلایی) بیانگر آن هستند که بین گروه مادران دارای کودکان کم توان ذهنی و مادران دارای کودکان عادی از لحاظ نمرات متغیرهای طرحواره های هیجانی سازگار و ناسازگار، آشفتگی های روان شناختی، دشواری تنظیم هیجان و جهت گیری زندگی تفاوت معنی دار وجود دارد (جدول ۳).

به منظور بررسی فرضیه های پژوهش از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده گردید. در ادامه، ابتدا مفروضه ها و سپس یافته های تحلیل گزارش شده است. عدم معنی داری آزمون شاپیرو-ویلک بیانگر نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش بود ($p > 0.05$). نتایج آزمون باکس فرض همگنی ماتریس - کواریانس در گروه مادران دارای کودکان کم توان ذهنی و مادران دارای کودکان عادی در نمرات متغیرهای طرحواره های هیجانی سازگار و ناسازگار، آشفتگی های روان شناختی، دشواری تنظیم هیجان و جهت گیری زندگی را تایید می کند ($P = 0/073$)، ($BoxM = 12/90$). یعنی فرض H_0 که اشاره به همگن بودن ماتریس های کواریانس متغیرهای مورد نظر دارد، معنادار و مورد تایید است. بنابراین فرض صفر پذیرفته می شود

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری با هدف تعیین تفاوت بین گروه طرحواره های هیجانی سازگار و ناسازگار، آشفتگی روان شناختی، دشواری تنظیم هیجان و جهت گیری زندگی

| متغیر وابسته | منبع | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | مقدار F | سطح معناداری | اندازه اثر | توان |
|-----------------------------|------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|------------|------|
| طرحواره های هیجانی سازگار | گروه | ۱۱۰۷۵۵/۸۴ | ۱ | ۱۱۰۷۵۵/۸۴ | | | | |
| | خطا | ۱۲۶۸۵/۱۶ | ۹۸ | ۱۲۹/۴۴ | ۸۵۵/۶۵ | ۰/۰۰۳ | ۰/۹۸ | ۱ |
| | کل | ۳۷۳۷۱۳۰ | ۱۰۰ | | | | | |
| طرحواره های هیجانی ناسازگار | گروه | ۲۲۵/۰۹۷ | ۱ | ۶۴۲/۹۶ | | | | |
| | خطا | ۵۱۷۶/۴۵ | ۹۸ | ۶۳۹۸/۶۳ | ۱۸۹/۰۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۱ | ۱ |
| | کل | ۱۶۶۵/۵۰ | ۱۰۰ | | | | | |
| آشفتگی های روان شناختی | گروه | ۱۳۵۶/۰۹ | ۱ | ۱۳۱۵۶/۰۹ | | | | |
| | خطا | ۱۶۷۳/۶۲ | ۹۸ | ۱۷/۰۷ | ۷۷۰/۲۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۸ | ۱ |
| | کل | ۸۹۱۹۵ | ۱۰۰ | | | | | |
| دشواری تنظیم هیجان | گروه | ۸۵۶۱۴/۷۶ | ۱ | ۸۵۶۱۴/۷۶ | | | | |
| | خطا | ۱۷۲۴۴/۲۴ | ۹۸ | ۱۷۵/۹۶ | ۴۸۶/۵۵ | ۰/۰۰۳ | ۰/۸۳ | ۱ |
| | کل | ۸۸۹۶۲۸ | ۱۰۰ | | | | | |
| جهت گیری زندگی | گروه | ۱۳۹۷۱/۲۴ | ۱ | ۱۳۹۷۱/۲۴ | | | | |
| | خطا | ۱۹۵۵/۷۶ | ۹۸ | ۱۹/۹۵ | ۷۰۰/۰ | ۰/۰۰۳ | ۰/۸۷ | ۱ |
| | کل | ۱۰۸۹۵۲ | ۱۰۰ | | | | | |

کودکان عادی و کم توان ذهنی در متغیرهای طرحواره های هیجانی سازگار، دشواری تنظیم هیجان و جهت گیری زندگی وجود دارد ($P = 0/003$). و بررسی نمرات نشان داد که میانگین طرحواره های هیجانی ناسازگار و دشواری تنظیم هیجان در مادران کودکان کم توان ذهنی بیشتر است ولی جهت گیری زندگی مادران کودکان عادی بیشتر از مادران کودکان کم توان ذهنی می باشد.

نتایج تحلیل واریانس در جدول ۴ نشان می دهد که تفاوت معناداری در بین همه متغیرها بین دو گروه دیده می شود. این بدین معناست که میانگین نمرات مادران کودکان کم توان ذهنی در متغیر طرحواره های هیجانی ناسازگار و آشفتگی روان شناختی به طور معناداری بیشتر از مادران کودکان عادی می باشد. ($p = 0/001$). همچنین نتایج جدول نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه مادران

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه آسفتگی روان‌شناختی، جهت‌گیری زندگی، دشواری تنظیم جهان و طرح‌واره‌های هیجانی، در مادران کودکان کم‌توان ذهنی با مادران کودکان عادی انجام گرفت. یافته‌های این مطالعه نشان داد که بهزیستی روان‌شناختی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی کم‌تر از مادران کودکان عادی است. این نتیجه همسو با پژوهش کوماری و همکاران می‌باشد که نشان دادند مادران کودکان کم‌توان ذهنی درماندگی روان‌شناختی بالاتر و بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری را در مقایسه با مادران کودکان عادی دارند (۳۱). تمناپی فر و قیاسی نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن (پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری و...) در دو گروه مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی و مادران دارای کودکان عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۳۲). در مطالعه دیگری که توسط تقی‌پور و همکاران در خصوص بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان ناتوان ذهنی، عادی و تیزهوش انجام گرفت نتایج مشابهی حاصل گشت (۳۳). به طور کل مادران این کودکان نه تنها با عوامل استرس‌زای طبیعی زندگی بلکه با فشارهای روانی دیگری که از شرایط خاص کودکانشان نشأت می‌گیرد، مواجه هستند. این گروه از مادران می‌بایست علاوه بر کنار آمدن با مشکلاتی چون رفتارهای چالش‌برانگیز، عملکرد عقلانی کاهش‌یافته، محدودیت‌های فیزیکی، نقص در خود مراقبتی و ضعف در مهارت‌های اجتماعی کودکان با برچسب‌ها و استیگماهای برآمده از تفسیرهای مختلف فرهنگی در خصوص ناتوانی نیز مقابله کنند (۳۴). از آنجایی که کم‌توانی ذهنی امری مقاوم، مستمر و تقریباً خارج از کنترل است و پیامدهای اجتماعی، عاطفی و مالی گوناگونی را به دنبال دارد بنابراین سلامت روانی مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به طور کلی تجربه‌ی داشتن کودک کم‌توان ذهنی و پیامدهای متعاقب آن و نبود سازوکارهای حمایتی کافی منجر به تجربه هیجانات منفی، فعال شدن طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگار در مادران و دشواری در تنظیم هیجان‌ها به شیوه سازگارانه می‌شود و داشتن این موارد به تبع جهت‌گیری زندگی افراد را تحت تأثیر قرار داده و بدبینی مادران را افزایش می‌دهد و همه این موارد بهزیستی روان‌شناختی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد.

همچنین پژوهش حاضر نشان داد که نمرات جهت‌گیری زندگی در مادران کودکان عادی بیشتر از مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌باشد و این بدان معناست که مادران کودکان عادی جهت‌گیری مثبت و خوش‌بینانه‌تری را نسبت به زندگی داشته؛ در مقابل مادران کودکان کم‌توان ذهنی، جهت‌گیری منفی و بدبینانه‌تری نسبت به گروه دیگر دارند. در پژوهش مشابهی که توسط لین بر روی مادران نوجوانان مبتلا به اوتیسم صورت گرفت این نتیجه به دست آمد که مادران این افراد اغلب سطوح بالاتری از بدبینی را نسبت به آینده فرزندشان تجربه می‌کنند که این مسئله با سلامت روانی آن‌ها ارتباط دارد (۳۵). دمگارد و همکاران نیز در بررسی که در خصوص خوش‌بینی و حس انسجام در مادران و پدران کودکان دارای فلج مغزی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بین میزان استرس، خوش‌بینی و حس انسجام این افراد ارتباط قوی وجود دارد (۳۶). همچنین لاینز و همکارانش (۲۰۱۰) نیز در مطالعه دیگری نشان دادند که والدینی که نشانه‌های اوتیسم فرزندانشان را شدیدتر درجه‌بندی می‌کردند و از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار بیشتر (در مقایسه با مسئله‌مدار) استفاده می‌کردند، بدبینی بیشتری را نیز تجربه می‌کردند (۳۷). در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که تجربه هیجانات منفی بیشتر در مادران این کودکان با فعال شدن طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگارانه و استفاده از راهبردهای ناسازگارانه در جهت تنظیم این هیجانات توأم می‌گردد و به این طریق نوع نگاه و تعبیر و تفسیر فرد نسبت به زندگی را تحت الشعاع خود قرار می‌دهد. به عبارتی دیگر؛ تجربه بیشتر هیجانات منفی و استفاده از الگوهای رفتاری ناسازگارانه در ادراک و برداشت فرد نسبت به اتفاقات و رویدادهای زندگی اثر می‌گذارد. به علاوه تلاش مستمر، صرف وقت و هزینه بسیار مادران این کودکان در مقابل تغییرات و پیامدهای عینی مثبت کمتر در این کودکان باعث شکل‌گیری جهت‌گیری بدبینانه نسبت به آینده فرزند و به طور کلی نسبت به زندگی می‌گردد.

نتیجه دیگری که از این پژوهش به دست آمده و مرتبط با متغیر اشاره شده قبلی می‌باشد این است که مادران کودکان کم‌توان ذهنی در تنظیم هیجان خود با مشکل بیشتری مواجه هستند و نمرات دشواری تنظیم هیجانی این گروه بیشتر از مادران کودکان عادی است. همسو با این یافته نیز تبریزی و وحیدی پیش‌تر در پژوهش خود

کودکان با ناتوانی‌های مختلف بررسی کرده‌اند اما پژوهش‌های مشابهی که به مقایسه طرح‌واره‌های هیجانی در مادران کودکان عادی با مادران کودکان کم‌توان پردازنده، صورت نگرفته و تنها در نزدیک‌ترین این پژوهش‌ها حسین جنابادی به مقایسه طرح‌واره‌های هیجانی بین مادران دارای کودکان با اختلالات روانی و مادران کودکان ناتوان جسمی و ذهنی پرداخت و به این نتیجه دست یافت که مادران کودکان دارای اختلالات روانی در مقایسه با مادران کودکان ناتوان نمرات بالاتری را در خودآگاهی هیجانی، ابزار احساسات، دیدگاه ساده‌انگاره نسبت به هیجان‌ها، قابلیت درک و پذیرش هیجان‌ها به دست آوردند و مادران دارای کودکان ناتوان نیز در مقایسه با گروه قبلی نمرات بالاتری را در نشخوار، احساس گناه، سرزنش، تأیید طلبی، نیاز به منطق‌گرایی و ارزش‌های والاتر به دست آوردند (۴۱). در پژوهش دیگری که توسط ابراهیمی و همکاران انجام گرفت نیز نتیجه مشابهی با پژوهش اشاره شده قبلی به دست آمد (۴۲). اقدسی و همکاران نیز در پژوهش دیگری اظهار داشتند که مادران دارای کودکان فلج مغزی طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگار بیشتری را تجربه می‌کنند و آموزش ذهن‌آگاهی با تنظیم توجه، توسعه آگاهی‌فراشناختی، تمرکززدایی و... می‌تواند در کاهش تعدادی از طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگار آن‌ها مؤثر باشد (۴۰). به طور کلی در تبیین یافته‌ها به دست آمده از این پژوهش می‌توان از نظر لیبی بهره گرفت که معتقد است زمانی که هیجان ناخوشایندی (مثل ناراحتی، خشم و اضطراب) فعال می‌شود، افراد با افکار و رفتارهای متفاوتی به آن پاسخ می‌دهند (۴۳). از آنجایی که داشتن کودک دارای کم‌توانی ذهنی با تجربه‌انواعی از هیجانات منفی همراه می‌شود بنابراین احتمال دارد که این عامل باعث فعال‌سازی طرح‌واره‌های ناسازگار هیجانی در مادران این کودکان گردد. به‌طور کلی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مسئولیت بیشتری دارند، گهگاه احساس گناه می‌کنند و انرژی و زمان بیشتری را صرف کودکان ناتوانشان می‌کنند (۴۴) و به دلیل بار (مسئولیت) مراقبتی‌شان، نشانه‌های روان‌شناختی بیشتری را چون درماندگی هیجانی، خشم، نشخوار، گریه، سردرگمی، خجالت و... را تجربه می‌کنند که این هیجانات از سویی منجر به اختلالات خواب و خوراک و اضطراب می‌گردد که این مسئله نمایانگر تهدید شدن بهزیستی روان‌شناختی است (۴۵) و از سویی دیگر همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد

نشان دادند که مادران دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و همچنین تنظیم هیجانات مشکل دارند (۳۸). گنجی و همکاران نیز در مقایسه تنظیم هیجان مادران دانش‌آموزان باناتوانی یادگیری و بدون آن به نتایج مشابهی رسیدند (۳۹). در تبیین این یافته می‌توان اشاره داشت که داشتن کودک کم‌توان ذهنی و فشار مسئولیتی بیشتر برای والدین این کودکان (به‌خصوص مادران) در جهت برطرف کردن نیازهایشان موجب تجربه هیجانات منفی و فعال شدن طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگار شده و این دو توأمان با استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجانات، سلامت روانی مادران را متاثر می‌سازد. این مسئله در چارچوب مثلث فکر، احساس و رفتار نیز قابل تبیین است و بین ابعاد مذکور ارتباطی تعاملی و متقابل وجود دارد. در حقیقت داشتن فرزند کم‌توان ذهنی به دلیل وجود نیازهای ویژه آن‌ها، نیاز به گذراندن زمان بیشتر، نبود حمایت‌های اجتماعی و... موجب شکل‌گیری هیجانات منفی بیشتر برای مراقبین این کودکان (به‌ویژه مادران کودکان کم‌توان ذهنی) گشته و به دنبال آن شناخت‌ها و طرح‌واره‌های هیجانی منفی بیشتری در این گروه فعال می‌شود و در چنین شرایطی احتمال اینکه مادران از راهبردهای منفی و ناسازگارانه تنظیم هیجانی استفاده کنند، بیشتر است.

آخرین یافته این تحقیق نمایانگر این مسئله بود که میانگین نمرات طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگار در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی بیشتر از میانگین نمرات این متغیر در مادران کودکان عادی بوده و میانگین نمرات طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگار در مادران کم‌توان ذهنی بیشتر از میانگین نمرات طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگار در مادران کودکان عادی بیشتر از مادران کودکان کم‌توان ذهنی است و این بدان معنا است که به‌طور کلی طرح‌واره‌های منفی چون نشخوار فکری، احساس گناه، سرزنش و سایر طرح‌واره‌های ناسازگار در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی بیشتر بوده و در مقابل، مادران دارای کودکان عادی بیشتر دارای طرح‌واره‌های سازگارانه‌ای چون پذیرش و درک هیجانات و... هستند. به‌طور کلی مادران کودکان با ناتوانی در مقابل هیجانات منفی، انواع تفسیر و بررسی‌های شناختی را دارند که این موارد شامل احساس بی‌ارزشی و همچنین گرفتار نشخوار فکری شدن درباره مشکلات خویشتن، ابزار نکردن هیجانات و احساس گناه می‌شود (۴۰). تاکنون پژوهش‌های متعددی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ را در مادران

تجربه هیجانات منفی موجب فعال شدن طرحواره‌های هیجانی ناسازگار می‌گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده حاکی از این که مادران این کودکان به دلیل چالش‌های پیش‌رو، طرحواره‌های هیجانی ناسازگارانه بیشتر، جهت‌گیری زندگی منفی و الگوهای ناسازگارانه تنظیم هیجان را تجربه می‌کنند و این عوامل در کنار هم بهزیستی روان‌شناختی‌شان را متاثر می‌سازد، لزوم آموزش راهبردهای سازگارانه‌ی تنظیم هیجان و بهبود بخشیدن هر یک از این متغیرها آشکار می‌گردد. بدیهی است که مداخلات به موقع و زود هنگام می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی افراد و همچنین نوع ارتباط مادران با فرزندان و همسرانشان تاثیر بگذارد؛ لذا توصیه می‌گردد که مسئولان و مدیران حوزه سلامت از یافته‌های این پژوهش استفاده نموده و با برگزاری کلاس‌های آموزشی در این زمینه و ارائه خدمات مشاوره و روان‌درمانی به مادران این کودکان، زمینه را برای ارتقاء سلامت جسمی و ذهنی آن‌ها فراهم آورند.

در نهایت باید اشاره داشت که مطالعه حاضر همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود از جمله این که در بحث تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش با دشواری‌هایی رو به رو گردید چرا که این مطالعه تنها در خصوص مادران کودکان کم‌توان ذهنی و مقایسه آن با مادران کودکان عادی صورت گرفته در نتیجه به‌سادگی نمی‌توانستیم تا نتایج فوق را به مادران کودکان با سایر نیازهای ویژه تعمیم دهیم. به‌علاوه شرکت‌کنندگان در این پژوهش افراد مراجعه‌کننده به مراکز توان‌بخشی و کلینیک‌های خصوصی شهر سبزوار بودند که این امر نیز تعمیم‌پذیری کلی

یافته‌ها را محدود می‌سازد. به‌علاوه کمبود پژوهش‌هایی که تعامل این متغیرها را در کنار یکدیگر مورد توجه قرار دهند نیز به چشم می‌خورد. به‌طور کلی پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی، پژوهشگران در قالب طرح‌های مختلف آزمایشی، اثربخشی راهبردها و درمان‌هایی چون آموزش فنون تنظیم هیجان یا طرحواره درمانی هیجانی را بر روی این متغیرها بررسی کنند تا این نتیجه مشخص گردد که آموزش‌های فوق در جهت تعدیل کدام طرحواره‌ها موفق بوده‌اند. همچنین توصیه می‌گردد که نقش متغیرهای مرتبط دیگری چون تاب‌آوری، ویژگی‌های شخصیتی، سازگاری زناشویی و حمایت اجتماعی ادراک شده در این بافت و در ارتباط با سایر متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گیرد. در نهایت باید اشاره کرد که انجام دوباره این پژوهش و مقایسه خرده‌مقیاس‌های طرحواره‌های هیجانی سازگار و ناسازگار در این دو گروه از مادران می‌تواند منجر به کسب گستره بیشتری از اطلاعات گردد.

سیاسگزاری

پژوهشگران این مطالعه بر خود لازم می‌دانند تا از کلیه مادران شرکت‌کننده در این پژوهش و تمام کسانی که در اجرا و انجام این پژوهش همکاری نمودند، سپاسگزاری نمایند. همچنین پژوهش حاضر دارای کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1398.506 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اردبیل است.

تضاد منافع

این پژوهش با هزینه شخصی نویسندگان حاضر در مقاله صورت گرفت و بین نویسندگان آن هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

References

1. Taghipour B, Barzegaran R. The effectiveness of group existencetherapy on self-compassion and resilience of mothers with children with intellectual disability. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2019 Jun 22;20(2):100-9.
2. Talimipour H, and Ghateh, Latifa, , The relationship between mental health and psychological well-being of mothers of normal children and children with mental disabilities aged 7-12 years in Shadegan, Second National Conference on Psychology and Educational Sciences, Shadegan.2015
3. Association A. P & others. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American psychiatric pub 2019.
4. Bahadori khosro shahi, J. Communication Parental Self-Efficacy and Self Forgiveness with Mother-Child Interaction in Mothers of Children with Mental Retardation. Empowering Exceptional Children, 2017; 8(2): 26-36.
5. \Shokri S, Khanjani Z, Hashemi T. Predictions Parents Stress and Psychological Distrees Mothers on Basis Behavioral Problems and Adaptive Functions Primary School Children

- with Developmental Delays. *J Child Ment Health*. 2016; 3 (1):95-108.
6. Bayrakli H, Kaner S. Investigating the Factors Affecting Resiliency in Mothers of Children with and without Intellectual disability. *Educ Sci Theory Pract* 2012; 12:43. <https://doi.org/10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.213>
 7. Dovgan K, Mazurek M. Differential Effects of Child Difficulties on Family Burdens across Diagnostic Groups. *Journal of Child and Family Studies* 2018; 27: 872-884. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0944-9>
 8. Ismaili L, Agaie A, Abedi MR, Esmaili M. Efficacy Emotion regulation training on the mental health of girls with epilepsy. *J Thought Behav* 2011, 5:31-42. *JSSU* 2017, 24(10): 840-851
 9. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: conceptual foundations. In: Gross JJ, editor. *Hand book of emotion regulation*. New York: Guilford press 2007:3-24. Vol.5 No.15,
 10. Sumit DK. Impact of quality of life in parents of mentally retarded children: Research findings in a regional center. *Innovational Journal of Nursing and Healthcare (IJNH)* 2015; 1:171.
 11. Gratz K.L & Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scal 2004; 26:41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
 12. Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice* 2007; 14:36- 45. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.08.001>
 13. Sadeghian E, Mohammadi Z, Shamsaei F. The relationship between stress and mothers communication patterns of educable mentally retarded children. *Avicenna J Nurs Midwifery care*. 2017; 25 (3):76-86.
 14. Endriyani S, Yunike Y. Having Children with Mental Retardation. *International Journal of Public Health Science*. 2017 Dec;6(4):331-6. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v6i4.10779>
 15. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995 Mar 1;33(3):335-43. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
 16. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*. 2005 Jun;44(2):227-39. <https://doi.org/10.1348/014466505X29657>
 17. Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W. and Swinson, R. P. Psychometric Properties of the 42-item and 21-item Version of the Depression Anxiety Stress Scales in Clinical Groups and a Community Sample. *Psychological Assessment*. 2006. 2, 176-181. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
 18. Joakar B, Samani S. Reliability and validity of the short form of depression, anxiety and stress. *Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University*. 2008;55:65-77.
 19. Amiri, Sohrab, Ghasemi Nawab, Amir, Yaghoubi, Abolghasem. Reliability, validity and factor analysis of the Persian version of the Adolescent Stress Questionnaire. *Educational Measurement Quarterly*, 2016; 7 (25): 89-116.
 20. Cohen SG, Chang L, Ledford Jr GE. A hierarchical construct of self-management leadership and its relationship to quality of work life and perceived work group effectiveness. *Personnel psychology*. 1997 Jun;50(2):275-308. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1997.tb00909.x>
 21. Scheier MF, Carver CS. Optimism, Coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*. 1985; 4(3): 219. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.219>
 22. Dember WN, Martin SH, Hummer MK, Howe SR, Melton RS. The measurement of optimism and pessimism. *Current Psychology*. 1989 Jun 1;8(2):102-19. <https://doi.org/10.1007/BF02686675>
 23. Rezaei, A, Investigating factorial structure, reliability and validity of the Extended Life Orientation Test- Persian Version (ELOT-P) in the university students population, *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 2014; 12(1): 133-143.
 24. Besharat, M. Emotion adjustment difficulty scale. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 2019; 13 (47): 89-92.
 25. Anderson LM, Reilly EE, Gorrell S, Schaumberg K, Anderson DA. Gender-based differential item function for the difficulties in emotion regulation scale. *Personality and Individual Differences*. 2016 Apr 1;92:87-91. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.12.016>
 26. Besharat M, Bazzazian S. Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population.

- Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery. 2014;24(84):61-70.
27. Leahy RL. A model of emotional schema. Cognitive and Behavioral practice. 2002; 9(3): 117-90. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80048-7](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80048-7)
 28. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. New York: Guilford press; 2011.
 29. Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Orcutt, H. K.. An examination of the latent structure of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2015, 31, 382-392. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9280-y>
 30. Khanzadeh M, Edrisi F, Muhammadkhani S, Saidian M. Factor structure and psychometric properties of Emotional Schema Scale. J Clin Psychol. 2013;3(11):91-119.
 31. Kumari S, Kiran M. PARENTING STRESS, PSYCHOLOGICAL WELLBEING AND SOCIAL SUPPORT IN MOTHERS OF CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION. International Journal of Scientific Research. 2020 Jan 30; 9(1). <https://doi.org/10.36106/ijsr>
 32. Tamnaeifar, M, Ghiyasi, E. Comparison of psychological well-being of mothers with mentally retarded children and mothers with normal children. Journal of Recent Advances in Psychology, Educational Sciences and Education. 2018, June 22; 1 (1): 18-25.
 33. Taghipour JF, Nattaj H, Shoostari M. Comparison of dimensions of psychological well-being of mothers of mentally handicapped, gifted and normal children. Behavior Research in Cognitive Science. 2015; 4(2):73-88.
 34. Hasani M, Haghigat S, Banisi P. The explain of depression based on sense of coherence and cognitive flexibility among mothers of children with autism. Frooyesh. 2019; 8 (6):103-112
 35. Lin LY. Factors associated with caregiving burden and maternal pessimism in mothers of adolescents with an autism spectrum disorder in Taiwan. Occupational therapy international. 2011 Jun; 18(2):96-105. <https://doi.org/10.1002/oti.305>
 36. Damgård R, Sørensen K, Vestrheim IE, Lerdal B, Skranes J, Rohde G. Optimism and sense of coherence in mothers and fathers of children with cerebral palsy participating in an intensified habilitation programme. Scandinavian Journal of Disability Research. 2016 Jul 2;18(3):245-55. <https://doi.org/10.1080/15017419.2015.1064025>
 37. Lyons AM, Leon SC, Phelps CE, Dunleavy AM. The impact of child symptom severity on stress among parents of children with ASD: The moderating role of coping styles. Journal of child and family studies. 2010 Aug 1; 19(4):516-24. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9323-5>
 38. Tabrizchi N, Vahidi Z. Comparing emotional regulation, mindfulness and psychological well-being in mothers of students with and without learning disabilities. Journal of learning disabilities. 2015 Aug 23; 4(4):21-35
 39. Ganji M, Mohammadi J, Tabriziyan S. Comparing emotional regulation and defense mechanisms in mothers of students with and without learning disabilities. Journal of Learning Disabilities. 2013 Mar 21;2(3):54-72.
 40. Aghdasi N, Soleimani AA, Asadi Gandomani R. The Effectiveness of Mindfulness Training on Emotional Schemas Mothers of Children with Cerebral Palsy. Archives of Rehabilitation. 2019 Apr 1; 20(1):86-97. <https://doi.org/10.32598/rj.20.1.86>
 41. Jenaabadi H. A comparison of cognitive emotion regulation strategies and emotional schemas between mothers of children with mental disorders and mothers of physically and mentally disabled children. Acta Medica Mediterranea. 2017 Jan 1; 33:887-94.
 42. Ebrahimi ME, Zamani N, Ansari Shahidi M. Relationship between Distress Tolerance, Helplessness and Fundamental Recognition in the Schemes of Mothers of Children with Mental Disorders and Mothers of Children with Physical Disabilities. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2018 Apr 10; 8:19-.
 43. Leahy RL. Emotional schema therapy. Guilford Publications; 2015 Apr 6.
 44. Theule J, Wiener J, Tannock R, Jenkins JM. Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 2013 Mar; 21(1):3-17. <https://doi.org/10.1177/1063426610387433>
 45. Ziapour A, Khosravi B. Lived experience of mothers of children with disabilities: a qualitative study of Iran. Journal of Public Health. 2020 Feb 16:1-7. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01215-0>